Aus der Kinderabteilung des Städtischen Krankenhauses

München - Harlaching

damaliger Chefarzt: Prof. Dr. H.D. Pache

DIE MUTTER - MITAUFNAHME AN DER KINDERABTEILUNG DES STÄDTISCHEN KRANKENHAUSES MÜNCHEN HARLACHING IN MEDIZINISCHER UND SOZIALER SICHT (1972-1976)

Inaugural - Dissertation

Zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

an der Ludwig Maximilians - Universität zu

München

vorgelegt von

Barbara Rappel

aus

Assenhausen/Starnberg

1979

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535722_0019

Aus der Kinderabteilung des Städtischen Krankenhauses

München - Harlaching

damaliger Chefarzt: Prof. Dr. H.D. Pache

DIE MUTTER - MITAUFNAHME AN DER KINDERABTEILUNG DES STÄDTISCHEN KRANKENHAUSES MÜNCHEN HARLACHING IN MEDIZINISCHER UND SOZIALER SICHT (1972-1976)

Inaugural - Dissertation

Zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

an der Ludwig Maximilians - Universität zu

München

vorgelegt von

Barbara Rappel

aus

Assenhausen/Starnberg

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät

der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. H.D. Pache

Mitberichterstatter: Prof. Dr. K. Betke

Dekan Prof. Dr. W. Spann

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Tag der mündlichen Prüfung

30.01.1979

Einleitung

Aufgabe dieser Arbeit ist es, das Funktionieren der Mutter-Mitaufnahme der Kinderabteilung des Städt. Krankenhauses München-Harlaching nach medizinischen und sozialen Gesichtspunkten zu analysieren.
Gewählt wurde der Zeitraum 1972 bis 1976. In einigen Punkten wurden auch die Ergebnisse der vorausgehenden Jahre einbezogen.

In der Kinderabteilung des Städt. Krankenhauses München-Harlaching wurde mit der Eröffnung 1966 die Möglichkeit für die Aufnahme der Mutter mit ihrem Kind bei gleichzeitiger täglicher Besuchszeit geschaffen. Mütter, die mitkommen wollen, können in der Allgemeinen Pflegeklasse in 6 Einzelzimmern von 12 qm Grundfläche mit Waschgelegenheit und Toilette, bei ihrem Kind bleiben. In der Privatstation haben alle Zimmer auch Bad und sind etwas größer. Bei Überbelegung ist die Aufnahme von Müttern erschwert. Diese Tatsache war jedoch selten Grund, einer Mutter die Begleitung zu versagen. Wenn diese für nötig gehalten wurde, so wurden auch Allgemein-Patienten auf die Privatabteilung genommen. Schließlich gab es noch 2 Räume im Untergeschoß, wo die Mutter übernachten konnte, während sie tagsüber bei ihrem Kind war. Der Tagessatz für Mütter betrug ab 1. 1. 76 einheitlich mit Essen DM 32.- , ohne Essen DM 16.- .

I. Bildung von Kollektiven

Das Mutter-Kind-Kollektiv

Es umfaßt alle Kinder aus den Jahren 1972 mit 1976, die von ihrer Mutter oder deren Vertretung begleitet wurden - 3 Väter, 1 Großmutter, 1 Kinderpflegerin waren in den 5 Jahren statt der Mutter als Begleitung dabei - .

In dieser Gruppe wird jede Mutter nur einmal jährlich aufgeführt, wenn sie auch ihr Kind zwei-, drei- oder viermal ins KKH begleitete. Es kam auch vor, daß 2 Geschwister mit der Mutter kamen, auch hier wurde die Mutter nur einmal gezählt. So erklären sich etwas differierende Mutter-Mitaufnahmezahlen aus früheren Arbeiten.
Die Mutter-Mitaufnahme-Zahlen setzen sich in den Jahren 1972 mit 1976 folgendermaßen zusammen:

1972	207
1973	246
1974	264
1975	270
1976	335

1322 = das Mutter-Kind-Kollektiv, bestehend aus 1322 Müttern

Bei Zählung der wiederholten Aufnahmen von Müttern ergeben sich für

1972 (10 M 2x, 4 M 3x, 2 M 4x)	= 207+(10+8+6)=	231 Aufn.
1973 (9 M 2x, 4 M 4x)	= 246+(9+12) =	267 Aufn.
1974 (15 M 2x, 2 M 3x, 1 M 4x)	= 264+(15+4+3)=	286 Aufn.
1975 (7 M 2x, 2 M 3x, 1 M 4x)	= 270+(7+4+3)=	284 Aufn.
1976 (3 M 2x, 1 M 3x)	= 335+(3+2) =	340 Aufn.
61 M 147 x	=1322+ 86	=1408 Aufn.

61 Mütter kamen also im Laufe der 5 Jahre wiederholt ins KKH, insgesamt 147 mal.

Das Vergleichs-Kollektiv:

Die Gesamtzahl an aufgenommenen Kindern in den Jahren 1972 mit 1976 betrug 23166 Kinder. Sie verteilt sich auf die einzelnen Jahre folgendermaßen:

1972	4366	Dieser Gesamtzahl an Kinderauf-
1973	4663	nahmen wurde das Mutter-Kind-
1974	4903	Kollektiv gegenüber gestellt.
1975	4645	Die Gesamtaufnahmezahl stellt
1976	4589	das Vergleichs-Kollektiv dar.
	23166	

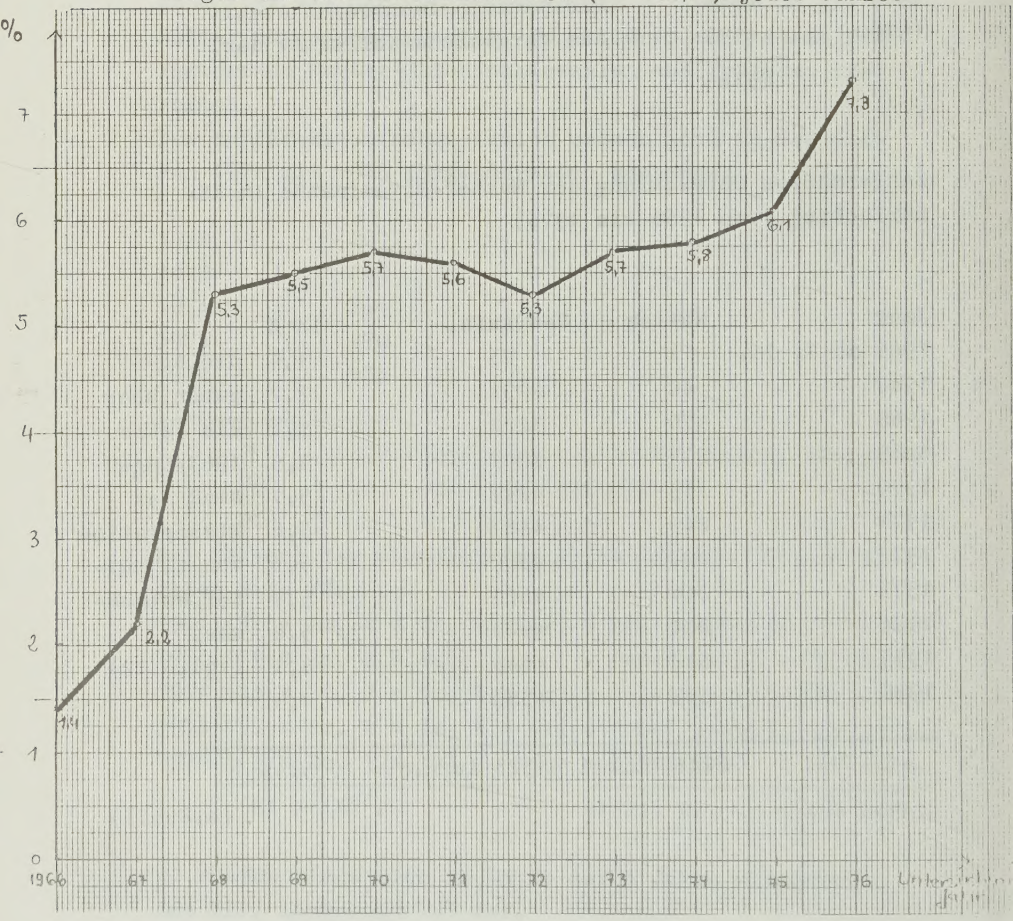
Zahlenmäßige Entwicklung der Mutter-Mitaufnahme im KKH Harlaching.(von 1966 bis 1976)

Jahr	Mütter	Ges.Aufn.	in %	
1966 ab 1. 11.	1	73	1,4	die An-
1967	48	2191	2,2	gaben über
1968	170	3222	5,3	die Jahre
1969	217	3963	5,5	1967/68/69
1970	239	4241	5,7	sind der
1971	249	4467	5,6	Dissertation
1972	207	4366	5,3	von H. Mül-
1973	246	4663	5,7	ler entnom-
1974	264	4903	5,8	men.
1975	270	4645	6,1	(vgl.S.12)
1976	335	4589	7,3	
	2246 Mü.bei	41323 Aufn.d.=	5,4%	

(s.Abb.1)

DIE ENTWICKLUNG DER MUTTER-MIT-AUFNAHMEN VON 1966 BIS 1976

bezogen auf die Gesamtaufnahmen (= 100%) jedes Jahres



Ergebnis: Abb. 1 zeigt das rasche Zunehmen der Mutter-Mitaufnahmen von 1,4% bei Beginn im Jahre 1966, auf 5,6% im Jahr 1970, dann ein langsameres Ansteigen bis auf 7,3% im Jahr 1976

II. Die Altersverteilung der Kinder des Mutter-Kind-Kollektivs und des Vergleichs-Kollektivs.

Es interessiert uns zunächst die Frage, ob mehr jüngere Kinder von ihrer Mutter begleitet wurden, die wegen ihrer unfertigen geistigen Struktur dieser Stütze im Krankenhaus besonders bedürfen.
Es wurde also das Alter der Mutter-Kinder und das der Vergleichs-Kinder in den einzelnen Jahrgängen erfaßt. Das Vergleichs-Kollektiv wurde hier folgendermaßen aus den Gesamtaufnahmen gebildet: Aus den Aufnahmebüchern der Klinikpforte, in die jedes Kind am Tag seiner Aufnahme namentlich, mit Geburtsdatum und Einweisungsdiagnose eingetragen wird, sammelte ich alphabetisch für jedes Jahr von 1972 bis 1976 Geburtsdaten von je mindestens 500 aufeinanderfolgenden Kindern, deren Mütter nicht mit aufgenommen waren, und trug diese in die folgende Liste nach Lebensjahren ein. Dieselbe Einordnung erfolgte auch für alle Kinder des Mutter-Kind-Kollektivs.

Altersverteilung im M K K (Mutter-Kind-Kollektiv)

Untersuchungsj.		1972	73	74	75	76	S	in %d.ges.A.
Lebensjahre	1.	1	13	15	8	18	55	4,2
	2.	18	22	32	20	36	128	9,7
	3. u. 4.	65	100	99	114	140	518	39,2
	5. u. 6.	92	56	72	78	99	397	30,0
	7. u. 8.	23	43	30	32	25	153	11,6
	9. u. 10.	8	11	14	14	10	57	4,3
	über 10	-	1	2	4	7	14	1,0
		207	246	264	270	335	1322	100,0

(s.Abb.2)

DIE ALTERSVERTEILUNG DER KINDER DES MUTTER-KIND-KOLLEKTIVS UND DES VERGLEICHS-KOLLEKTIVS 1972 BIS 1976

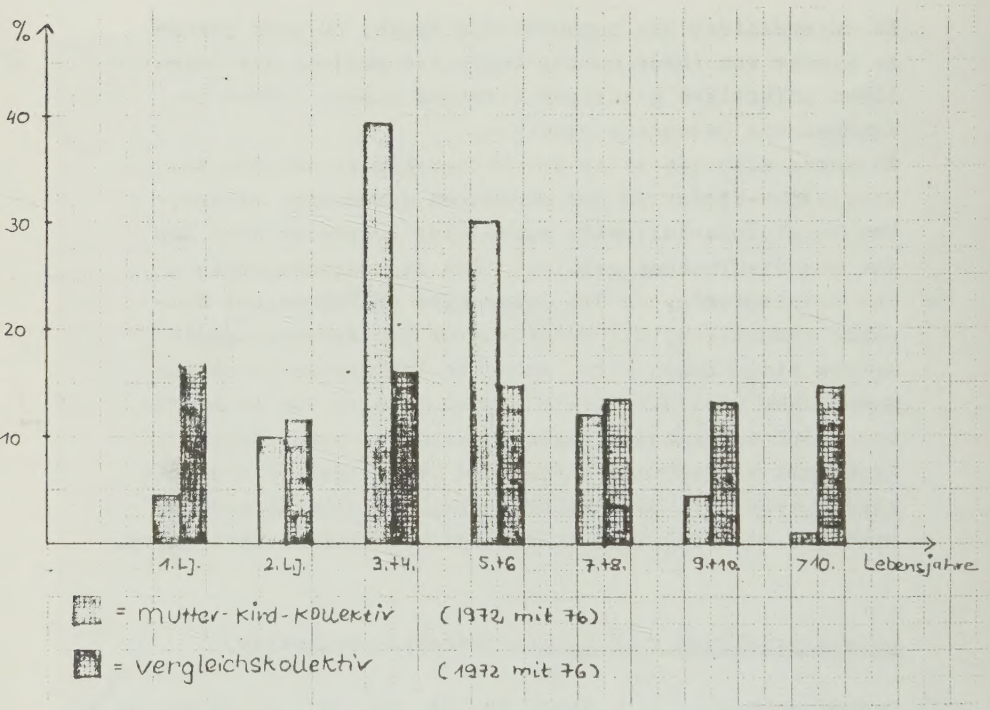


Abb. 2 zeigt die unterschiedliche Altersstruktur der beiden Kollektive.
Während im Gesamtkrankengut (VKK) die Säuglinge mit den Frühgeborenen zahlenmäßig an erster Stelle stehen, sind es beim MKK die Kinder vom 3. bis 6. Lebensjahr.

Aus einer Computerauswertung aller Aufnahmen,die leider nur für das Jahr 1975 zur Verfügung stand,geht folgende Altersverteilun hervor:

	Alter	% d.ges.Aufn.	abs.Zahlen
Neugeb.Frühgeb. Säuglinge	1. Lj.	20,9	971
	2. Lj.	7,9	367
	3.+4.	13,5	627
	5.+6.	16,4	762
	7.+8.	12,8	595
	9.+10.	12,0	557
	über 10	16,5	766
		100,0	4645

Es ergibt sich dabei keine nennenswerte Abweichung von unseren Zahlen für 1972 mit 1976.

Die Altersverteilung der Mutter-Kinder für das Jahr 1975 zeigt folgendes Bild:

	Alter	% d.ges.Aufn.	abs.Zahlen	in %
Es standen von den,von Müttern begleiteten Kindern im:	1. Lj.	3,0	8/971	0,8
	2. Lj.	7,4	20/367	5,4
	3.+ 4.	42,2	114/ 627	18,2
	5.+ 6.	28,8	78/762	10,2
	7.+ 8.	11,9	32/595	5,4
	9.+ 10.	5,2	14/557	2,5
	über 10	1,5	4/766	0,5
		100,0	270/4645	

(s.Abb.

Die Mutter-Mitaufnahme in den einzelnen Altersstufen zeigt folgendes Ergebnis:

Der Anteil der Säuglinge an der Mitaufnahme liegt mit 3% weit unter ihrem Anteil an der Gesamtaufnahme von 20,9 %.

Absolut betrachtet,werden nur bei 0,8% der Kinderaufnahmen im 1.Lebensjahr Mutter-Mitaufnahmen verzeichnet.

Das hängt z.T.damit zusammen,daß bei den Säuglingen von Seiten der Ärzte und Schwestern Bedenken gegen die Mitaufnahme vorliegen,aus Sorge der Einschleppung von Infektionen.Außerdem sind die Unterbringungsmöglichkeiten für Mütter auf den Säuglingsstationen ungünstig.

ALTERSVERTEILUNG IN BEIDEN KOLLEKTIVEN

GESONDERT FÜR DAS JAHR 1975

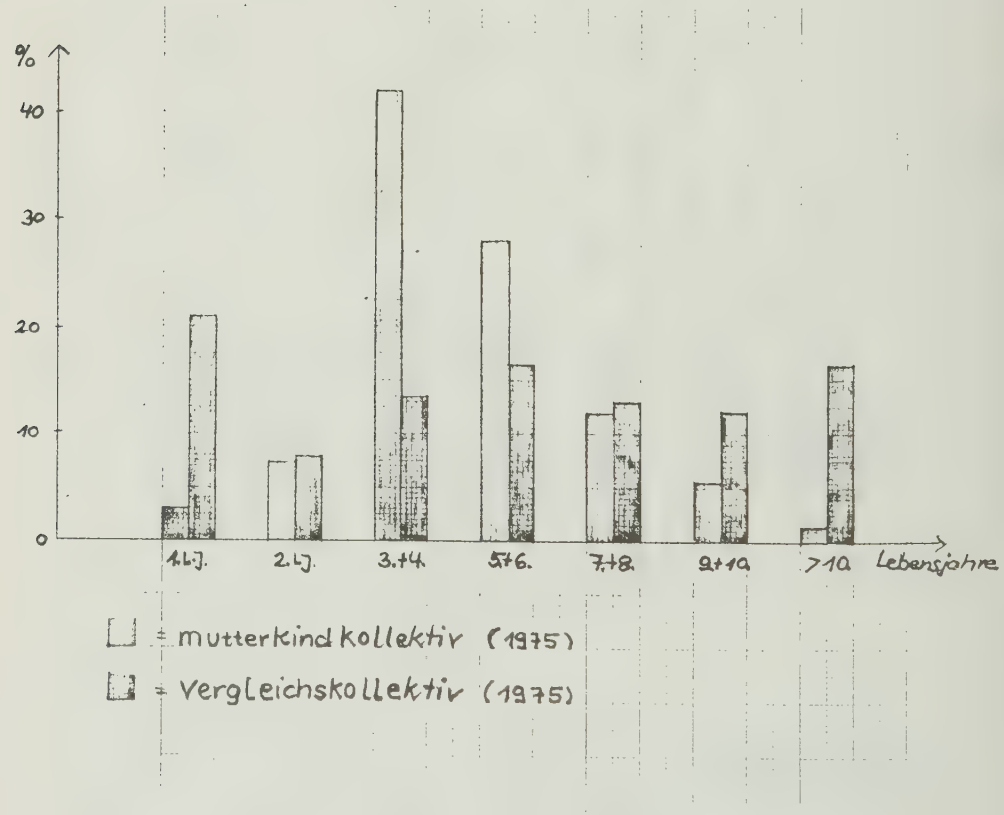


Abb. 3 , welche die Altersverteilung der Mutter-Kinder für das Jahr 1975 vergleicht mit den Gesamtaufnahmen desselben Jahres, bringt im Wesentlichen dasselbe Ergebnis wie Abb. 2
(= Altersverteilung von 1972 bis 1976 zusammen)

Der Anteil der Mutter-Kinder, die im 2. Lebensjahr stehen, entspricht mit 7,4% ihrem Anteil an den Gesamtaufnahmen. Obwohl die Anwesenheit der Mutter in dieser Altersstufe für sehr wichtig gehalten wird, ist auch da die Mitaufnahme in der Klinik nicht günstig. Vielleicht kommt hierin auch eine gewisse Hilflosigkeit der Mutter zum Ausdruck, die meint, ihrem Kind in dieser Altersstufe nicht viel helfen zu können. Sie fürchtet wohl auch, sich zu langweilen.
Erst bei Kindern im 3. bis 4. Lebensjahr übertrifft die Zahl der Mutter-Kinder mit 42% hoch den Anteil der entsprechenden Altersstufe am Gesamtkrankengut. (13,5%)

Überraschend hoch liegt mit 30% der Mutter-Kinder-Anteil im 5. und 6. Lebensjahr, die 16,4% der Gesamtaufnahme ausmachen. Die kleinen Patienten finden sich allein doch schon recht gut in der Krankenhausatmosphäre zurecht; sie brauchen die Mutter nichtmehr so dringend wie jüngere Kinder. Hier und bei dem ebenfalls hohen Anteil der Mutter-Kinder von 12% im 7. und 8. Lebensjahr, zeigt sich eine Tendenz zur Überbesorgtheit, die sich auf die Kinder nicht nur vorteilhaft auswirken dürfte.
Erst im 9. und 10. Lebensjahr sinkt dann der Anteil der Mutter-Kinder mit 5% unter den Anteil dieser Altersstufe im Gesamtkrankengut mit 12%.
Im Ganzen zeigt sich, daß Mütter bei ihrer Entscheidung zum Mitkommen nicht nur von den seelischen Bedürfnissen ihrer Kinder geleitet werden, sondern daß dabei auch eigene Emotionen und Interessen mitspielen.

III. Die Rolle der verschiedenen Diagnosen bei der Mutter-Mitaufnahme.

Das Mutter-Kind-Kollektiv (MKK) umfaßt wieder alle Mutter-Kinder der Jahre 1972 bis 1976 = 1322 Aufnahmen, das Vergleichs-Kollektiv (VKK) alle Kinder der Jahre 1972 bis 1976 = 23965 Aufnahmen.
Im Folgenden ist eine Aufstellung der Einweisungs-Diagnosen nach ihrer Häufigkeit gegeben.

Diagnose	VKK	% d.ges.A.	MKK	% d.A.mit dies.Diag.
1.Mandel-Op, AT, TE	1666	6,9	218	13,1
2.Gastroent., fieberh.Ent., Brechdurchf.	1655	6,9	129	7,8
3.gripp.Inf,, Otitis,fieberh. Inf.	1582	6,6	108	6,8
4.Appendicitis, Appendektom.	1373	5,7	32	2,3
5.Frühgeb., Asphyxie	1318	5,5	2	0,1
6.Commotio,Contusio,Schädelbruch	1198	5,0	46	3,8
7.Bronchitis, Sinusitis	1023	4,2	46	4,5
8.Cerebralsch., Epilepsie,Geistesschwäche	942	3,9	85	9,0
9.Pneumonie	914	3,8	60	6,6
10.Ingestion, Verbrennung	885	3,7	29	3,3
11.Frakturen,Unfälle(außer Schädel)	879	3,7	14	1,6
12.Harnwegsinf. Nephrosen	850	3,5	46	5,4

Diagnose	VKK	%d.ges.A	MKK	%d.A.mit d.Diag.
13.Leistenhernie	751	3,1	104	13,8
14.Kontrolle(EKG, EEG,Rö.)	732	3,0	28	3,8
15.Phimose	675	2,8	58	8,6
16.Meningitiden	641	2,7	67	10,5
17.Schiel-Op,Glaukom,Augenunters. in Narkose	575	2,4	45	7,8
18.Kehlkopfcroup	480	2,0	15	3,1
19.Gedeihstörung, Dyspepsie,Stoffwechselstörungen	426	1,8	34	8,0
20.Masern,Scharlach, Varicellen,Röteln	425	1,8	7	1,6
21.Fieberkrampf	377	1,6	55	14,6
22.Abszess,Phlegmone	352	1,5	20	5,6
23.aceton.Erbrechen	110	0,4	18	16,3
24.Tumoren(Hirn,Lunge)	78(864x)	0,3	15(62x)	19,2
25.Leukose,Leukämie	22 (1029x)	0,09	4(8x)	18,2
26.Missbildungen	224	0,9	20	8,9
27.Paresen	96	0,4	2	2,1
28.Fremdkörper (Nägel,Glas)	156	0,5	2	1,3
29.Anämie,Thrombopenie	41(184x)	0,2	1	0,2
30.Ikterus grav.	258	1,1	-	-
31.Osteomyelitis	34(189x)	0,1	3	8,8
32.Hodgkin	20(242x)	0,08	-	-

Diese Aufschlüsselung der Diagnosen nach der Häufigkeit zeigt, daß den höchsten Prozentsatz die Mandeloperationen bilden, gefolgt von Infekten des Verdauungstraktes und der Luftwege. Bemerkenswert ist die hohe Zahl an Schädelprellungen und Gehirnerschütterungen, wie auch an Vergiftungen und Verbrennungen. Leukosen und Tumoren (meist des Gehirns) sind krank-e

heitsbilder, die die Kinder meist zeitlebens an das Krankenhaus binden. Sie kommen jährlich 10 bis 40 X zur Kontrolle.

Die Begleitung der Mutter ins KKH läuft jedoch nicht mit der Häufigkeit der Diagnose parallel. Sie erfolgt z.B. bei der im Gesamt-Krankengut 1373 x genannten Diagnose "Appendicitis" nur 32 x, d.h. in nur 2,3%. Die Mitaufnahme-Rate der Mütter differiert bei den verschiedenen Diagnosen zwischen 0,1 und 19%.
Um Gründe für diese unterschiedliche Teilnahme zu finden, fasse ich die Diagnosen nach folgenden Gesichtspunkten in Gruppen zusammen:

1. Krankheiten bei denen der Einweisungstermin zeitlich einplanbar ist;

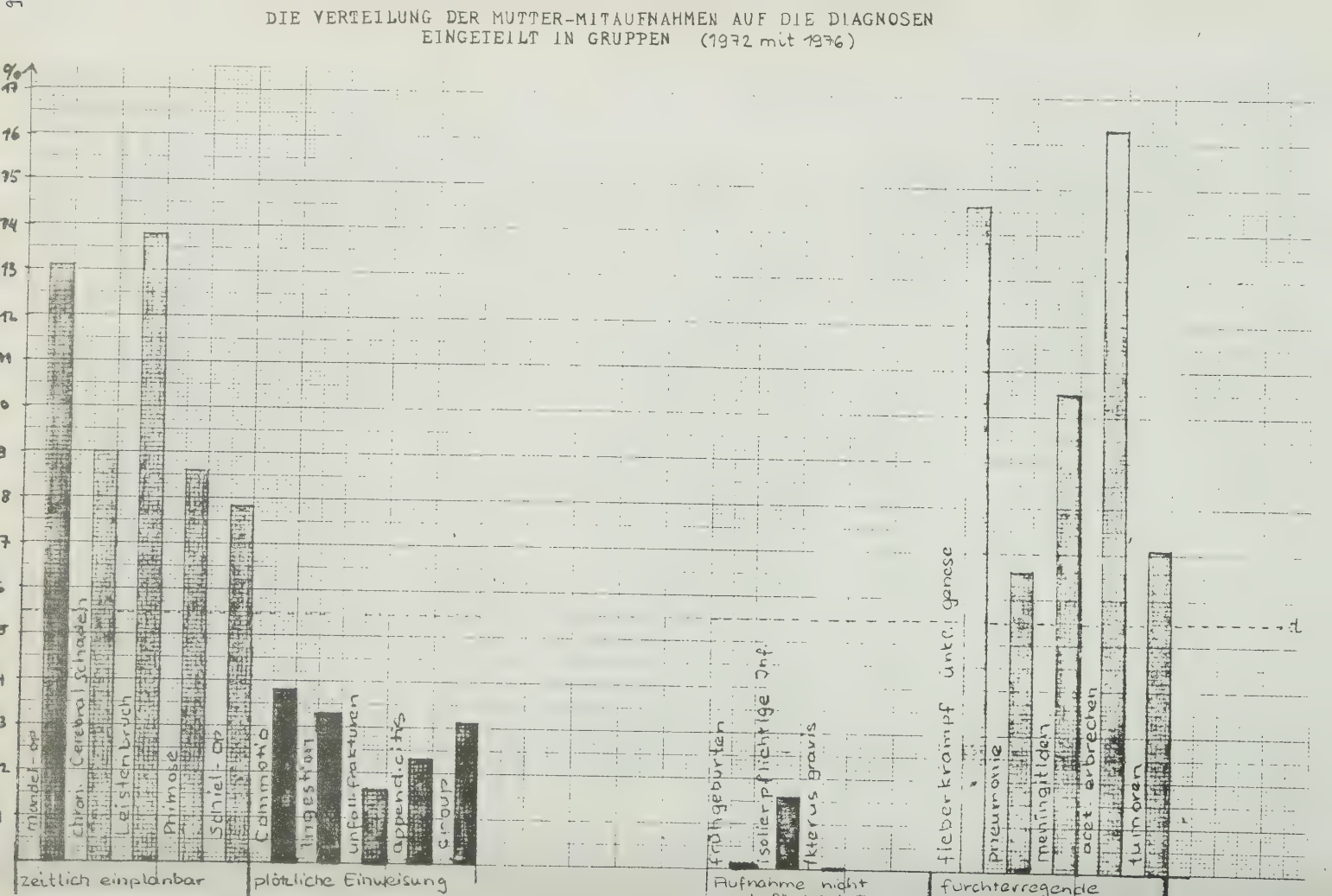
dazu sind zu rechnen:	VKK	%d.ges.A.	MKK
Mandel-Op.	1666	13,1	218
Cerebralschaden	942	9,0	85
Leistenbruch	751	13,8	104
Phimose	675	8,6	58
Schiel-Op.	575	7,8	45

Die Beteiligung der Mütter liegt hier deutlich über dem Durchschnitt (5,5%).
Grund: Die Mutter hat die Möglichkeit, den Zeitpunkt zu wählen, der es ihr gestattet, ihr Kind zu begleiten.

2. Krankheiten, die eine plötzliche Einweisung nötig machen;

dazu sind zu rechnen:	VKK	%d.ges.A.	MKK
Commotio	1198	3,8	46
Ingestion	885	3,3	29
Unfall, Fraktur	879	1,6	14
Appendicitis	1373	2,3	32
Kehlkopfcroup	480	3,1	15

DIE VERTEILUNG DER MUTTER-MITAUFNAHMEN AUF DIE DIAGNOSEN
EINGETEILT IN GRUPPEN (1972 mit 1976)



Hier zeigt sich eine deutlich niedrigere Mutter-Mitaufnahme. Die zeitliche Dringlichkeit erschwert der Mutter das Mitkommen.

3. Krankheiten, bei denen eine Mutter-Mitaufnahme nicht befürwortet wurde;

dazu sind zu rechnen:	VKK	%d.ges.A.	MKK
Frühgeburten	1318	0,1	2
isolierpfl. Infektionskrh. (Masern, Scharlach u.a.)	425	1,6	7
Ikterus grav.	258	-	-

Hier wurde aus medizinischen Gründen wie z.B. wegen der Asepsis oder der Isolierung, den Müttern von einer Begleitung abgeraten.

4. Krankheiten, die wegen ihrer furchterregenden Symptomatik bzw. Schwere, die Mutter trotz der Akuität des Krankheitsausbruchs zum Mitkommen veranlassen. Sie kommt trotz anderer Verpflichtungen (Familie, Beruf) mit ihrem Kind, um diesem und sich selbst die Furcht vor dem Krankheitsereignis zu lindern. Hier liegen die Mitaufnahmezahlen weit über dem Durchschnitt. Folgende Zahlen verdeutlichen das:

	VKK	%d.ges.A.	MKK
Fieberkrampf	377	14,6	55
Meningitiden	641	10,5	67
aceton. Erbrechen	110	16,3	18

(s.Abb.4)

Erläuterung:
Die hohe Zahl der Mandeloperationen, zu denen die Mütter mit ihren Kindern ins KKH kommen, beruht wohl auf Ängsten der Eltern, die sich an eine eigene Operation unangenehm erinnern.

Die Belästigung durch die Operation ist jedoch gegenüber früheren Zeiten, wo sie gewöhnlich in schlechter Lokalanästhesie und mit nicht sehr sorgfältiger Blutstillung vorgenommen wurde, nichtmehr so groß, weil sie durch Injektionen vorbereitet und unter Intubationsnarkose durchgeführt wird.
Immerhin muß das Kind oft schmerzfrei und ohne ihm erkennbare Dringlichkeit von daheim ins KKH und erwacht dort nach der Operation mit unangenehmen Schmerzen von Wundflächen aus, die es nicht einmal sehen kann. Der Wunsch der Mutter, ihr Kind zu begleiten, ist deshalb durchaus verständlich. (Beteiligung lag bei 13,1%)

Dagegen läßt sich die ähnlich hohe Mitaufnahme von 13,8% bei Leistenbruchoperationen, deren Harmlosigkeit und postoperative Schmerzfreiheit überall bekannt ist, von der Krankheit und deren Belastungen für das Kind her, nicht verstehen. Offenbar ist da die Tatsache, daß der Termin für die Operation vorausplanbar ist, der Hauptgrund. Darauf weist auch ein Vergleich mit der Appendicitis acuta hin, bei der nur 2,3% der Mütter ihr Kind begleitet haben. Bei dem plötzlichen Krankheitsausbruch bleibt der Mutter keine Zeit, ihre sonstigen Pflichten zu delegieren.
Bei Schieloperationen liegt der Prozentsatz (7,84%) trotz Einplanbarkeit des Termins nicht sehr hoch. Der Grund dafür ist, daß bei uns der operierende Augenarzt, der übrigens beide Augen nur für 24 Stunden verbindet, die Operation für keine besondere psychische Belastung hält und demgemäß die Mutter zur Mitaufnahme nicht animiert.
Mit der Diagnose "Leukose" (Leukämie) sind in den Jahren 1972 mit 1976 22 verschiedene Kinder 1029 X ins KKH gekommen. Im Zuge der Therapie kommen die Kinder in 14tägigen Intervallen, also sehr oft, für einen Tag zur Bestrahlung oder Zytostatika-Injektion. Von diesen 22 Kindern sind 4 Mütter mit gekommen. Dem sich daraus ergebenden hohen Prozentsatz von 18,2 steht die Tatsache gegenüber, daß bei den 1029 Einzelaufnahmen zur Behandlung nur 8 X die Mütter mitkamen.

So gerechnet kommt nur eine niedrige Beteiligung von 0,7% heraus. Die Kinder sind den sich wiederholenden Therapieablauf gewohnt, kennen Ärzte und Schwestern als Freunde und wissen, daß sie bald nachhause dürfen.
Ebenso verhält es sich bei den Tumoren: 78 verschiedene Kinder wurden 15 X mit Mutter (19,2%) aufgenommen. Auch hier dürfte der meist kurze Krankenhausaufenthalt, dessen Ablauf den Kindern bekannt ist, erklären, warum bei 864 Gesamteinweisungen nur 62 X die Mütter mitkamen. (7,1%)

Auch die Betrachtung der Beziehung zwischen Diagnoseart und Häufigkeit der Mutter-Mitaufnahme zeigt, daß nicht immer seelische Bedürfnisse des Kindes die Mitaufnahme entscheiden.

IV. Die Rolle der sozialen Lage der Eltern bei der Mutter-Mitaufnahme.

1. Unterschiede zwischen Privat- und Allgemeinpatienten.

Das MKK war 1970 bis 1976 folgendermaßen zusammengesetzt: (vgl. S 3)

Jahr	Mutter-Kind-Aufn.	Allgem.	Privat
1970	239	177	62
1971	249	189	60
1972	207	129	78
1973	246	156	90
1974	264	181	83
1975	270	190	80
1976	335	225	110
S	1810	1247	563

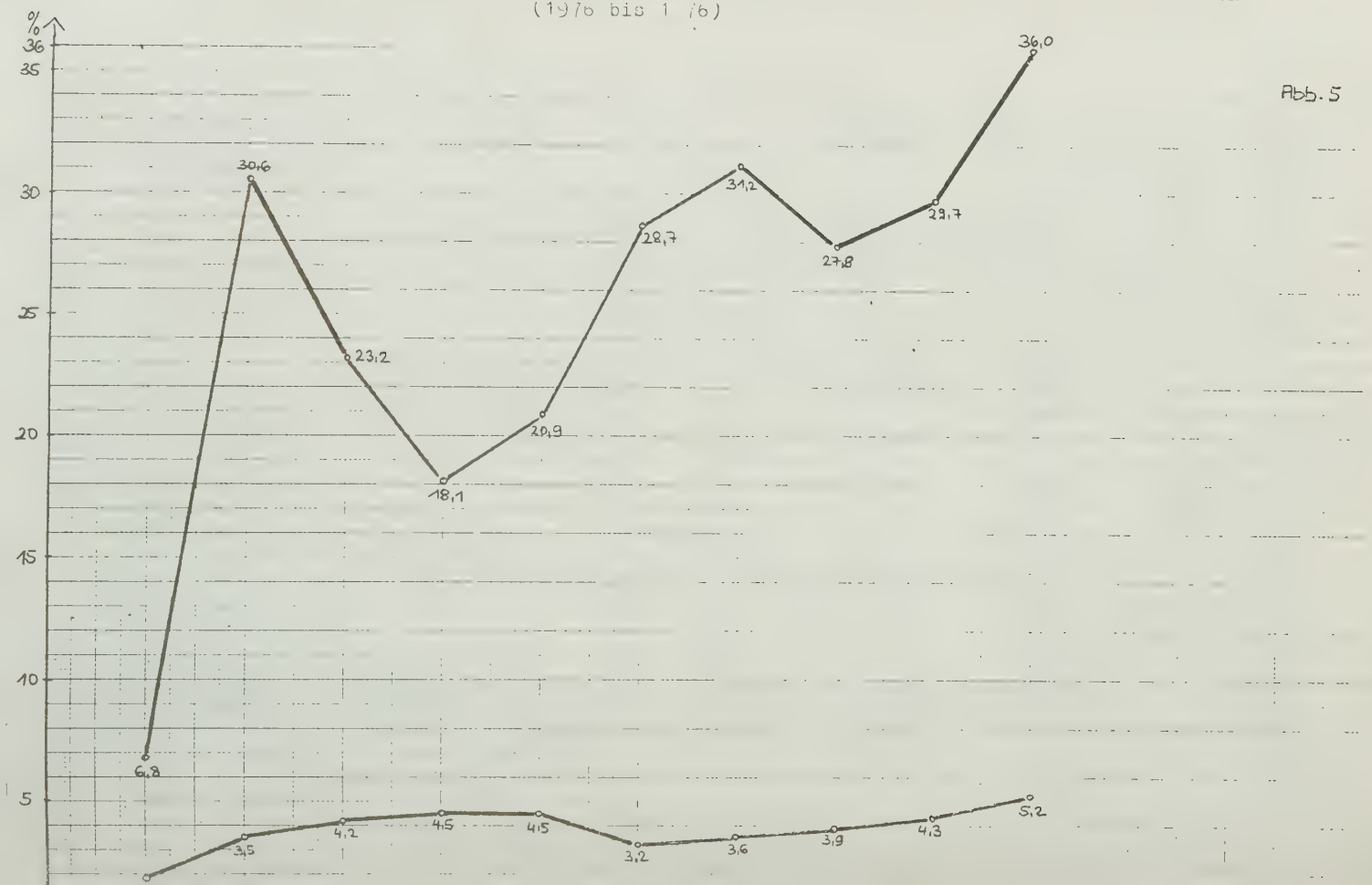
Die Gesamtaufnahmen (VKK) beliefen sich:

Jahr	VKK	Allgem.	Privat
1970	4241	3900	341
1971	4467	4180	287
1972	4366	4094	272
1973	4663	4375	288
1974	4903	4604	299
1975	4645	4376	269
1976	4589	4284	305
S	31874	29813	2061

Mutter-Mitaufnahmen erfolgen bei Privatpatienten viel häufiger als bei Allgemein-Patienten. Für die Privat-Patienten ergibt sich bei 563 Mitaufnahmen von 2061 Gesamt-Aufnahmen 27,3% Mütter-Beteiligung. Für die Allgem.-Pat. sind es bei 1247 Mitaufnahmen unter 29813 Ges.Aufn. nur 4,2%.

DIE ENTWICKLUNG DER [illegible] AUF DER ALLGEMEINEN CHIRURGISCHEN [illegible]
(1976 bis 1 /6)

Abb. 5



Auf die einzelnen Jahre verteilt sieht das folgendermaßen aus:

Jahr	Allgem.in %	Privat in %	
1967	1,85%	6,8%	(%-Angaben
1968	3,5 %	30,6%	über die Jahre
1969	4,2 %	23,2%	67 mit 69 sind
1970	4,5 %	18,1%	der Diss. von
1971	4,5 %	20,9%	H.Müller entn.)
1972	3,2 %	28,7%	
1973	3,6 %	31,2%	
1974	3,9 %	27,8%	
1975	4,3 %	29,7%	
1976	5,2 %	36,0%	

(s.Abb.5)

Ergebnis:
Rapide Zunahme der Mutter-Mitaufnahme auf der Privatstation (von 18 % 1970 auf 36 % im Jahr 1976) bei etwa gleichbleibender Zahl der Privat-Aufnahmen im Gesamtkrankengut.
Die Zahl der Allgemein-Mütter bleibt demgegenüber viel niedriger, zwischen 3,2 % und 5,2 %.
Diesen Unterschieden und deren Gründen soll nachgegangen werden.
Bei der Bearbeitung der Diagnosen ist bereits das Problem der zeitlichen Einplanbarkeit einer Krankenhauseinweisung dargelegt worden. Die Akuität scheint besonders für die Allgemein-Patienten von Bedeutung zu sein. Bei der Gruppe der akuten KKH-Einweisungen sinkt die Zahl der Mutter-Mitaufnahmen nur bei den Allgemein-Patienten erheblich unter den Durchschnitt. Folgende Angaben erläutern diese Aussage:

Gruppe der akut notwendigen Aufnahmen:

	Mitaufn.bei Allgem.-Pat.	Mitaufn.bei Privat-Pat.	Allgem.-Zahlen	Privat Zahlen
Commotio cerebri	2,7%	30,6%	1149/31	49/15
Ingestion	2,6%	26,0%	858/22	27/7
Unfall/Fraktur	0,7%	33,3%	853/6	24/8
Appendicitis	1,1%	27,0%	1310/15	63/17
Kehlkopfcroup	2,1%	10,5%	423/9	57/6

In der Gruppe der zeitlich einplanbaren Aufnahmen liegen dagegen die Zahlen der Allg.-Mütter deutlich über dem Durchschnitt, wenn sie die der Privat-Mütter auch nicht erreichen:

	Allg.-Zahlen	in %	Priv.-Zahlen	in %
Mandel-Op	1278/93	7,3	388/120	30,9
Cerebralsch.	889/69	7,8	53/15	28,3
Leistenbruch	683/85	12,4	68/18	26,4
Phimose-Op.	640/45	7,0	35/13	37,1
Schiel-Op.	553/37	6,7	22/8	36,4

Bei den Diagnosen, deren Symptome in Angst versetzen, kommen auch mehr Mütter unter den Allg.-Patienten mit; das zeigt die überdurchschnittlich hohe Mitaufnahme bei folgenden Diagnosen:

	Allg.-Zahlen	in %	Priv.-Zahlen	in %
Fieberkrampf	339/39	11,5	38/15	39,5
Meningitiden	552/38	6,9	89/29	32,6
acet. Erbrechen	93/12	12,9	17/6	35,3

Ergebnis:
Bei Diagnosen, die plötzliche KKH-Einweisung verlangen, wird die Erniedrigung der Mitaufnahme unter den Durchschnitt von 5,5 %, vor allem bei den Allgem.-Patienten, bestimmt. Bei zeitlich einplanbaren Aufnahmen steigt dagegen die Zahl der Mitaufnahmen, besonders bei Allg.-Pat., deren Mütter hier in 7 - 12% mitkommen. Die Privat-Mütter-Zahlen ändern sich viel weniger.

Bei alarmierender Symptomatik steigen in beiden Patienten-Gruppen die Mitaufnahmezahlen:
7 - 13 % (in Allgem.) bzw. 35 - 39 % (in Privat)

2. Unterschiede nach sozialen Schichten.

Da die soziale Stellung der Familie weitgehend vom Beruf des Vaters (bzw. der Mutter) abhängt, wird dieser zur Klassifikation in soziale Schichten herangezogen. Die soziale Einordnung erfolgt in Anlehnung an die Gruppierung, wie sie Markt- und Meinungsforschungs-Institute in ihren Fragebögen verwenden.
Mangelhafte Angaben in Karteikarten und Krankenblättern haben eine ganz eindeutige Zuordnung leider nicht in jedem Fall ermöglicht.
Neben den Krankenblättern werden in Harlaching bei Kinderaufnahmen auch noch Karteikarten angelegt, die neben Namen, Geburtsdatum und Krankenkasse, die elterlichen Berufe enthalten. Ich verwendete 1540 aufeinanderfolgende Karten aus den Jahren 1974/75 mit Namen, die mit A - H beginnen, zur Aufstellung eines Vergleichs-Kollektivs. Es wurde jeweils nur ein Beruf ausgewertet, vorrangig der des Vaters.
Bei den 1322 Kindern des MKK der Jahre 1972/1976 wurde ebenso der Beruf des Vaters, bei Angabe nur des mütterlichen Berufs der der Mutter, benutzt. Es wurden folgende Schichten zusammengefaßt:

Schicht I	akadem. Berufe, Arzt, Jurist, Dipl.Ing., Lehrer, Psychologe usw.
Schicht II	freie, nicht akad. Berufe, Kaufmann, Unternehmer, Gastwirt, usw.
Schicht III	Angestellte in leitender Position (Beamte, außer den in Schicht I angegebenen, Soldaten)
Schicht IV	Unselbst. Angestellte, Fabrikarbeiter, angestellte Handwerker
Schicht V	Studenten, Lehrlinge (ohne festes Gehalt)
Schicht VI	Arbeitslose
Schicht VII	auf Grund mangelhafter Angaben nicht einzuordnen

SOZIALE STRUKTUR VON MUTTER-KIND-KOLLEKTIV
UND VERGLEICHS-KOLLEKTIV
(Unterteilung in Berufsschichten)

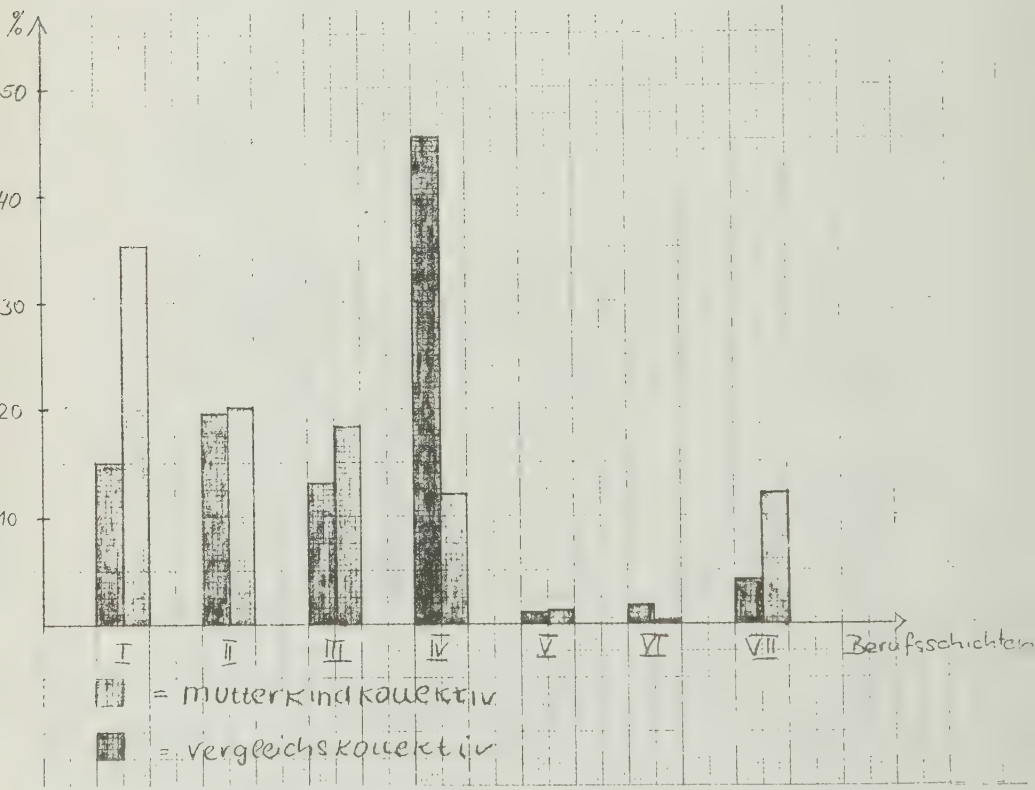


Abb. 6
Das Mutter-Kind-Kollektiv entstammt überwiegend den sozialen Schichten I, II, III, mit den besser situierten Berufen.
Das Vergleichskollektiv gehört überwiegend der Schicht IV an.

Es ergab sich folgende Verteilung:

a) beim VKK

Schicht I	232	Aufnahmen	= 15 %
Schicht II	279	"	= 18,1 %
Schicht III	207	"	= 13,4 %
Schicht IV	700	"	= 45,5 %
Schicht V	24	"	= 1,6 %
Schicht VI	69	"	= 4,5 %
Schicht VII	29	"	= 1,9 %
S	1540		= 100 %

b) beim MKK

Schicht I	470	Aufnahmen	= 35,5 %
Schicht II	266	"	= 20,2 %
Schicht III	245	"	= 18,5 %
Schicht IV	158	"	= 12,0 %
Schicht V	18	"	= 1,4 %
Schicht VI	2	"	= 0,2 %
Schicht VII	163	"	= 12,2 %
S	1322		= 100 %

Die beiden Kollektive besitzen die erwartete unterschiedliche Struktur. (S. Abb. 6)

Untersucht man nun die einzelnen Schichten nach ihrem Anteil an Allgem.- und Privat-Patienten, so ergibt sich folgendes Bild:

a) beim VKK

Schicht	Ges.-Pat.	in %	Allg.-Pat.	in %	Priv.-Pat.	in %
I	232	15,0	197	13,6	35	36,8
II	279	18,1	249	17,3	30	31,6
III	207	13,4	183	12,4	24	25,3
IV	700	45,5	697	48,2	3	3,1
V	24	1,6	23	1,6	1	1,0
VI	69	4,5	67	4,6	2	2,1
VII	29	1,9	29	2,9	-	-
S	1540	100,0	1445	100,0	95	100,0

b) beim MKK

Schicht	Ges.-Pat.	in %	Allg.-Pat.	in %	Priv.-Pat.	in %
I	470	35,5	148	16,8	322	73,0
II	266	20,1	165	18,6	101	22,9
III	245	18,5	234	26,6	11	2,5
IV	158	12,0	156	17,6	2	0,5
V	18	1,4	17	1,8	1	0,2
VI	2	0,2	2	0,2	-	-
VII	163	12,3	159	18,4	4	0,9
S	1322	100,0	881	100,0	441	100,0

Ergebnis:
Die Zuordnung zu den verschiedenen sozialen Schichten ergibt, daß im MKK die sozial günstiger liegende Berufsschicht I über doppelt so stark vertreten ist als im VKK (35,5 % gegenüber 15 %). Wie erwartet enthält diese Schicht den Hauptteil an Privat.-Patienten. Sie nehmen im VKK 36,8 % ein, beim MKK mit 73 % jedoch doppelt so viel. (S. Abb. 7)
Im VKK ist die sozial schwächere Schicht IV mit 45,5 % am stärksten vertreten, beim MKK gehören nur 12 % dieser Schicht an. Aus dieser Schicht kommen erwartungsgemäß fast ausschließlich Allgemein-Patienten und zwar beim VKK zu 48,2 %, beim MKK zu 17,3 %.

GEGENÜBERSTELLUNG VON VKK UND MKK HINSICHTLICH

IHRES ANTEILES AN ALLGEMEIN- UND PRIVAT-PATIENTEN

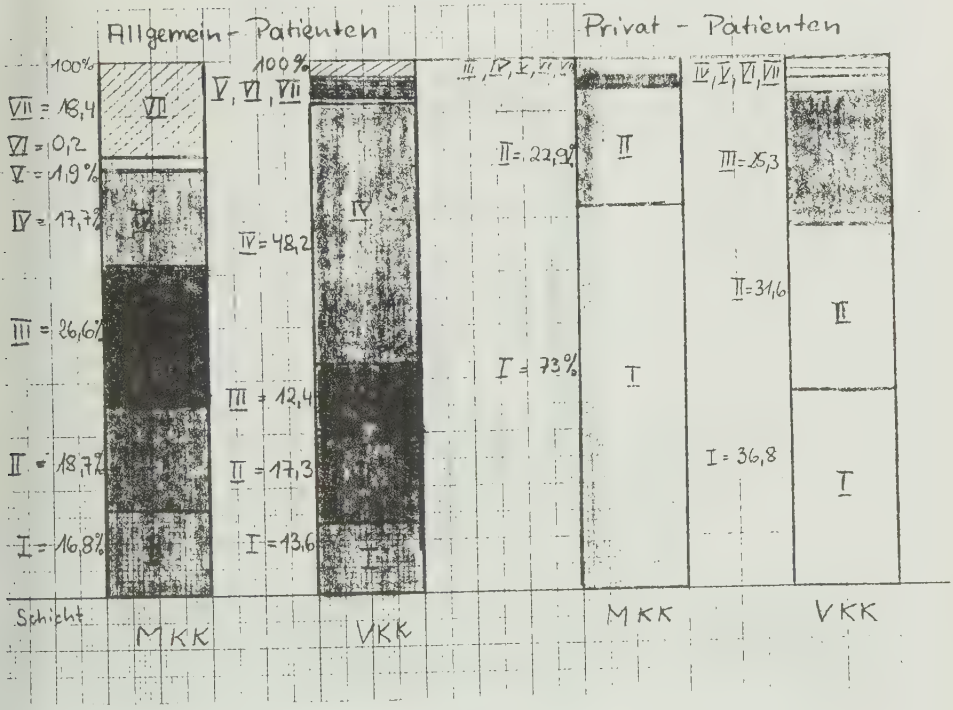


Abb.7

V. Die Rolle der mütterlichen Berufstätigkeit.

Die Untersuchung auf Berufstätigkeit der Mutter soll eine zusätzliche Aussage zu den Voraussetzungen zur Mutter-Mitaufnahme geben.
Diese Untersuchung habe ich auf das MKK des Jahres 1975 beschränkt (n = 270).
Das VKK basiert auf 1100 Auswertungen von Karteikarten des Jahres 1975, wobei ebenso, wie auf S.16 Mitte angegeben, vorgegangen wurde.

Hinsichtlich der Berufstätigkeit der Mutter ergab sich Folgendes:

a) beim VKK:	Mütter berufstätig	413 = 40,8 %
	Mütter nicht berufstätig	600 = 59,2 %
	(nicht verwertb. Angaben)	87
b) beim MKK:	Mütter berufstätig	52 = 20,5 %
	Mütter nicht berufstätig	201 = 79,5 %
	(hier waren 17 Karten nicht auswertbar)	17

Ergebnis:
Die beiden Kollektive haben hinsichtlich der Berufstätigkeit der Mutter eine unterschiedliche Struktur. Beim VKK sind mit 40,8 % doppelt sowiele Mütter berufstätig, wie beim MKK (20,5 %). (S. Abb.8)

Nimmt man auch hier eine Unterteilung in Allgemein- und Privat-Patienten vor, so ergibt sich:

a) für das VKK	Ges.Pat.	Allg.Pat.	in %	Priv.Pat.	in %
berufstätige M.	413	369	44	44	24
nicht berufstätige Mütter	600	465	56	135	76
S	1013	834	100 %	179	100%

PROZENTUALE VERTEILUNG DER BERUFSTÄTIGKEIT BEIM MUTTER-KIND-KOLLEKTIV UND BEIM VERGLEICHS-KOLLEKTIV

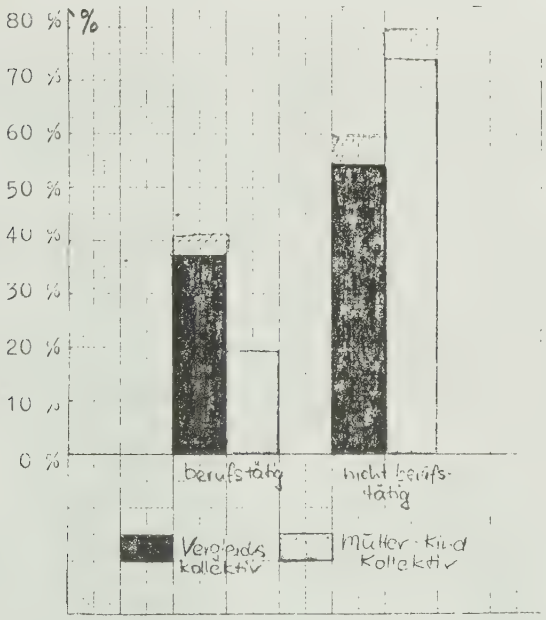


Abb.8

b) für das MKK	Ges.Pat.	Allg.Pat.	in%	Priv.Pat.	in%
berufstätige M.	52	35	20	17	21
nicht berufstätige Mütter	201	138	80	63	79
S	253	173	100%	80	100%

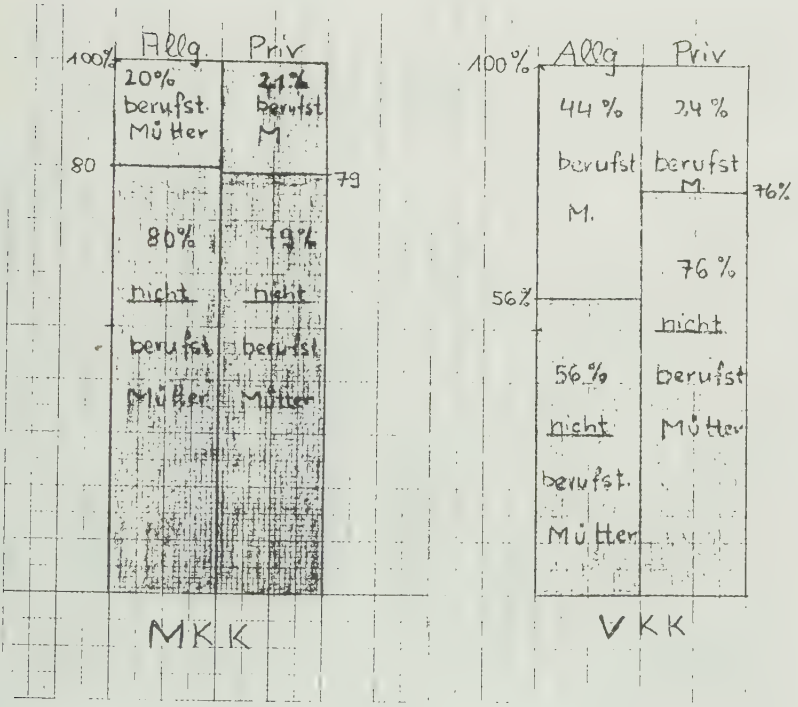
Beim VKK wie auch beim MKK ist der Anteil an berufstätigen Müttern bei den Privat-Patienten mit 20 % bzw 21 % gleich. Berufstätigkeit der Mutter ist also für den Privatpatient anscheinend ein nicht ins Gewicht fallender Grund gegen die Mitaufnahme.
Anders verhält es sich bei den Müttern der Allg.-Pat.: Hier sind im VKK doppelt so viele Mütter berufstätig, wie im MKK, 44 % bzw 20 %.
Berufstätigkeit der Mutter spielt demnach bei Allg.-Patienten als Hindernis zur Mitaufnahme eine weit grössere Rolle, als für die sozial günstiger gestellte Privat-Mutter.

(S. Abb. 9)

VI. Die Altersverteilung der Mitaufnahme-Kinder, getrennt nach Allgemein- und Privat-Patienten.

Zurückgreifend auf die Feststellung, daß hauptsächlich Kinder zwischen dem 3. und 6. Lebensjahr von ihren Müttern begleitet werden, (vgl. S. 4a), möchte ich der Frage nachgehen, ob das für Allgem.-Patienten, wie für Privat-Patienten gleichermaßen zutrifft. Untersucht habe ich das MKK von 1972 bis 1976.

VERTEILUNG DER BERUFSTÄTIGEN UND NICHT BERUFSTÄTIGEN MÜTTER BEI BEIDEN KOLLEKTIVEN AUF ALLGEMEIN- UND PRIVAT-PATIENTEN



(Abb.9)

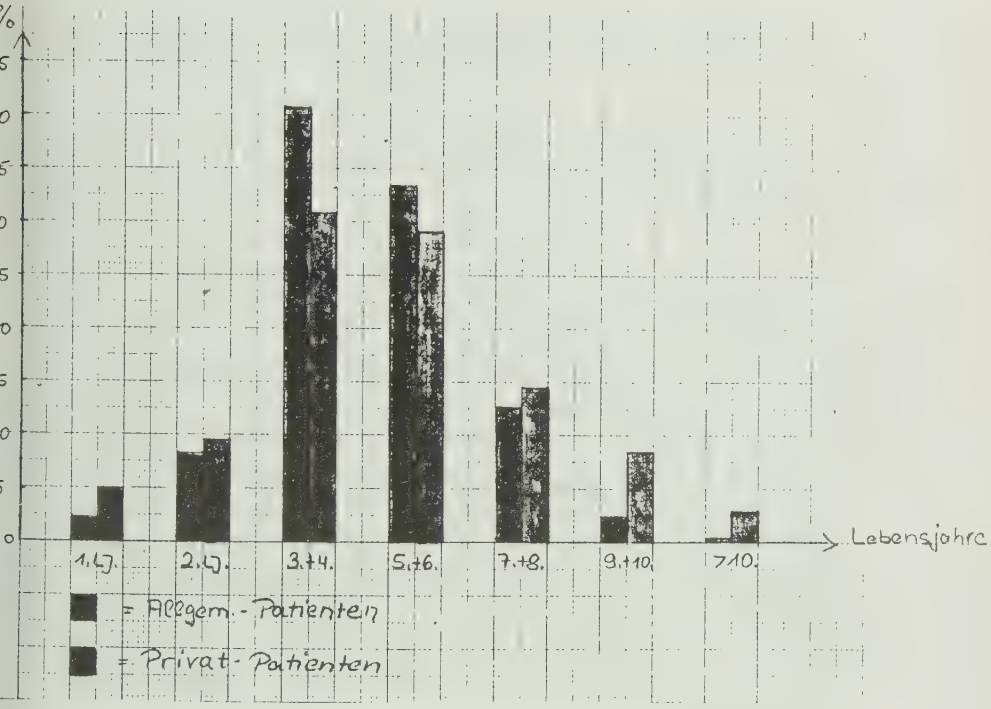
Alter	Allg.Pat.	%d.ges.mit-aufg.Allg.P.	Priv.Pat.	%d.ges.mit-aufg.Priv.P.
1. Lj.	19	2,2	22	5,1
2. "	73	8,3	42	9,5
3.+ 4."	359	40,7	136	30,8
5.+ 6."	294	33,4	128	29,0
7.+ 8."	113	12,8	64	14,5
9.+10."	21	2,4	37	8,4
älter als 10 Jahre	2	0,2	12	2,7
S	881	100,0	441	100,0

(S.Abb.10)

Ergebnis:
Bei den Allgem.- wie auch bei den Priv.-Pat. unter den Müttern werden hauptsächlich Kinder zwischen dem 3. und 6. Lebensjahr begleitet.
Auffällig ist jedoch die bei den Privat-Patienten hohe Zahl von 37 Müttern, deren Kinder z.Z. der Mitaufnahme bereits im 9. und 10. Lebensjahr stehen, auch über 10 Jahre alte Kinder werden unter den Privat-Pat. öfter in die Klinik begleitet. (n = 12).
Der Hang zur "overprotection" ist demnach bei den Privat-Patienten stärker.

Nicht einzig die Bedürfnisse des Kindes nach Mitaufnahme spielen also eine Rolle, sondern vor allem auch finanzielle Gründe.
Die Kosten für die Unterbringung der Mutter (DM 32.-tgl.) sind von Allg.-Pat. schwerer aufzubringen; nur ganz ausnahmsweise hat einmal die Kasse die Kosten übernommen.
Die für die Versorgung der restlichen Familie notwendige Aushilfe läßt sich bei finanziell besser Stehenden leichter beschaffen. Die Beurlaubung der Mutter von Berufstätigkeit gelingt auch hier leichter.
Eltern, die sozial begünstigten Schichten angehören, beschäftigen sich aber auch intensiver mit der psychologischen Problematik des Trennungstraumas und sind über die Möglichkeiten seiner Verhütung besser unterrichtet.

DIE ALTERSVERTEILUNG DES MUTTER-KIND-KOLLEKTIVS (1972 - 1976) GETRENNT FÜR ALLGEMEIN- UND PRIVAT-PATIENTEN



(Abb.10)

Bei solchen Eltern, meist Privat-Patienten, zeigt sich aber auch öfter das Phänomen der "overprotection" in der Bereitschaft, auch mit Schulkindern noch zur Mitaufnahme zu kommen.

Anhang:

VII. Stellungnahme des Krankenhaus- und Pflege-Personals zur Mutter-Mitaufnahme.

Seit Einführung der Mutter-Mitaufnahme im Jahr 1966 sind 10 Jahre vergangen. Sowohl Ärzte wie Pflegepersonal hatten anfangs ernste Bedenken dagegen.
" Die Anwesenheit der Mütter verhindert eine schulgerechte Pflege, die Kontaktaufnahme der kleinen Patienten zum Pflege-Personal wird erschwert, Behandlungsmaßnahmen werden im Beisein der Mutter problematisch..." lauteten die Befürchtungen.
Befragungen im August 1973 und im Februar 1976 sollten die jeweilige Einstellung der Ärzte und Schwestern zeigen. Es wurden folgende drei Fragen in Form eines Fragebogens ausgegeben. Die Beantwortung war anonym.

1. Wirkt sich Ihrer Meinung nach die Mitaufnahme der Mutter für die Kinder vorteilhaft aus, ist sie ohne Bedeutung, oder hat sie eher einen ungünstigen Einfluß?
2. Halten Sie die Mitaufnahme der Mutter für die Pflegearbeit der Schwester erleichternd, ohne Einfluß oder eher störend?
3. Soll die Mitaufnahme der Mutter weiter gefördert, ihrer eigenen Entwicklung überlassen oder eher eingeschränkt werden?

1973 nahmen 61 von 94 Mitarbeitern
1976 " 90 " 98 " } an der Umfrage teil.

Die folgenden Tabellen zeigen die Ergebnisse der Fragebögen, unterteilt in einzelne Berufe:

NS = nachgeordnete Schwester, OS = Oberschwester, Stations-, Zweitschwester, A = Arzt, Med. Ass.

Frage 1	August 1973				Februar 1976			
	NS	OS	A	Su	NS	OS	A	Su
vorteilhaft	14	8	13	35	47	15	13	75
ungünstig	14	4	1	19	9	2	-	11
ohne Bedeut.	4	3	-	7	-	-	-	-
keine Auss.	-	-	-	-	-	2	2	4
S	32	15	14	61	56	19	15	90

Frage 2	NS	OS	A	Su	NS	OS	A	Su
erleichternd	14	5	-	19	19	9	1	29
ohne Einfluß	14	5	6	25	24	5	6	35
eher störend	7	5	8	20	13	2	7	22
keine Aussage	-	-	-	-	-	3	1	4
	35	15	14	64	56	19	15	90

Frage 3	NS	OS	A	Su	NS	OS	A	Su
gefördert	5	1	3	9	26	7	7	40
eigene Entw.	16	12	9	37	24	11	8	43
etw.einschr.	11	1	2	14	2	1	-	3
stark einsch.	-	1	-	1	4	-	-	4
	32	15	14	61	56	19	15	90

Es lassen sich drei Tendenzen erkennen:

1. Die positive Einstellung mit den Antworten
   F1) vorteilhaft, F2) erleichternd, F3) förderungswürdig
2. Die abwartend neutrale Einstellung mit den Antworten
   F1) ohne Bedeutung, F2) ohne Einfluß F3) der eigenen Entwicklung zu überlassen
3. Die negative Meinung mit den Antworten
   F1) eher ungünstig, F2) eher störend, F3) einschränkenswert

In diese Gruppierung eingeordnet, ergibt sich die folgende Entwicklung der Einstellung des Personals zum Thema "Mutter-Mitaufnahme":

F 1	vorteilhaft	35/61 = 57 %	75/90 = 83 %
F 2	erleichternd	16/61 = 26 %	29/90 = 32 %
F 3	förderungswürdig	11/61 = 18 %	40/90 = 44 %
	positive Einstellung nimmt zu		
F 1	ohne Bedeut.	7/61 = 11 %	keine Meing. 4/61 = 4 %
F 2	ohne Einfluß	25/61 = 41 %	35/90 = 39 %
F 3	der eig.Entw. überlassen	37/61 = 61 %	43/90 = 48 %
	neutrale Einstellung nimmt ab		
F 1	eher ungünst.	19/61 = 31 %	11/90 = 12 %
F 2	eher störend	20/61 = 33 %	22/90 = 24 %
F 3	einschränken bzw stark "	1/61 = 2 %	4/90 = 4 %
	negative Einstellung sinkt		

(S.Abb.11)

Ergebnis:
Der Hauptteil der Befragten hält die Mitaufnahme im Interesse des Kindes für vorteilhaft. Die Ansicht, daß die Mitaufnahme für das Kind ohne Bedeutung sei, wurde im August 1973 noch von 11 % der Befragten vertreten, im Februar 1976 war niemand mehr dieser Meinung.
Auch die Angabe, die Mitaufnahme habe einen ungünstigen Einfluß auf das Kind, sank von 31 % im August 73 auf 12 % im Februar 76. Dagegen erhöhte sich die Ansicht, daß eine Mitaufnahme vorteilhaft sei, von 57 % auf 83 %.
Eine Erleichterung der Pflege durch die Anwesenheit der Mutter wurde nur von ca. 30 % des Personals angenommen. Man vertrat vielmehr die Meinung, sie sei ohne Einfluß auf die Klinikarbeit. Die Einstellung, sie wirke sich eher störend aus, sank allerdings von 33 % auf 24 %.

STELLUNGNAHME DES KLINIKPERSONALS ZUR MÜTTER-MITARBEIT

Auswertung von Fragebögen im August 73 und im Februar 76

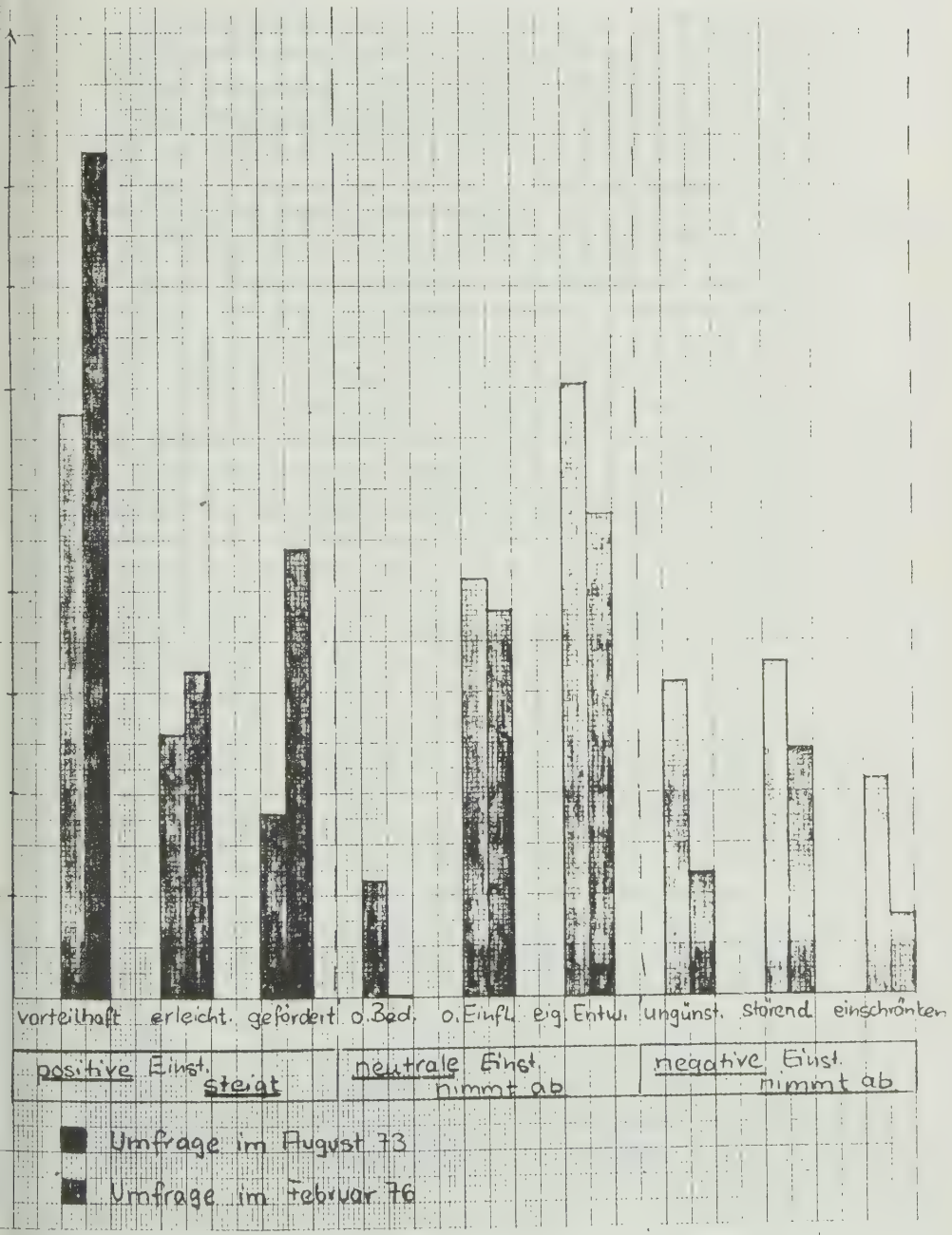


Abb. 11

Die vorsichtige Aussage, man solle die Mutter-Mitaufnahme der eigenen Entwicklung überlassen, wurde im August 1973 noch von fast 61 % vertreten, sie sank im Februar 1976 auf 48 % zugunsten der Meinung, die Mitaufnahme solle gefördert werden. Diese nahm von 18 % auf 44 % zu.
Die 23 %, die sich noch 1973 durch die Mutter bei ihrer Arbeit so gestört fühlten, daß sie die Einschränkung der Mitaufnahme befürworteten, waren im Februar 1976 auf 7,7 % zurückgegangen.
Die im Februar 1976 noch vorhandene Gruppe von 3 Schwestern, die die Mitaufnahme eingeschränkt wissen wollen, und von 4 Schwestern, die ganz strikt dagegen plädieren, zeigt, daß noch nicht alle Schwierigkeiten überwunden sind, um eine optimale Kollaboration zwischen Klinikmitarbeitern und Müttern zu gewährleisten.

Zusammenfassung

1322 Mütter sind im Lauf der Jahre 1972 bis 1976 mit ihren Kindern in der Kinderabteilung des KKH Harlaching aufgenommen worden.
Diesem Mutter-Kind-Kollektiv wurde als Vergleichs-Kinder-Kollektiv die Gesamtaufnahme von 23166 Kindern in diesen 5 Jahren gegenübergestellt.
Die Mutter-Mitaufnahme, die mit einer Beteiligung von 1,4 % der aufgenommenen Kinder im Jahre 1966 begonnen hatte, nahm beständig zu und lag 10 Jahre später, 1976 bei 7,3 %.
Das Alter der Kinder des MKK lag hauptsächlich zwischen dem 3. und 6. Lebensjahr. Dagegen lag die Mitaufnahme bei Kindern im 2. Lebensjahr mit 9 % nur wenig über ihrem Anteil am VKK, obwohl gerade diese Altersstufe von psychologischer Seite in der Krankenhaussituation als besonders hilfebedürftig angesehen wird.
Dagegen findet sich mit 11,6 % eine verhältnismäßig hohe Zahl von Mitaufnahmen bei den Kindern, die sich im 7. bis 8. Lj. und darüber befinden, einem Alter, in dem sich ein Kind sehr gut allein im Krankenhaus zurechtfinden kann.
Die Tatsache, daß Säuglinge nur in 4 % von den Müttern begleitet wurden, ist durch die Klinikvorschriften zu verstehen, die aus Sorge vor Infektionen eine Begleitung für diese Altersstufe nicht empfehlen.
Die Frage, welchen Einfluß die Diagnosen auf die Mutter-Mitaufnahme hatten, brachte folgendes Ergebnis:
Erkrankungen, bei denen die Einweisung zeitlich einplanbar ist, (Mandel-Op., Leistenbruch, Phimose, chron. Cerebralschaden)führen überdurchschnittlich oft zur Mitaufnahme. (7,8 bis 13,8 %)
Andererseits kommt die Mutter bei Krankheiten mit erschreckenden Anfangssymptomen wie Fieberkrampf, Meningitis, aceton. Erbrechen, oft mit, obwohl diese Krankheiten eine Terminplanung für die Aufnahme ermöglichen.

Akute Krankheiten, wie Commotio, Ingestion, Unfälle, Appendicitis und Kehlkopfcroup weisen dagegen eine unterdurchschnittliche Mutter-Mitaufnahme auf. (1,5 - 3,8%)

Bei isolierpflichtigen Infektionskrankheiten und Frühgeburten ist die Mitaufnahme ärztlicherseits nicht befürwortet und deswegen minimal.

Die Aufschlüsselung des Krankenguts nach Allgemein- und Privat-Patient ergibt, daß bei den Privat-Patienten die Mutter-Mitaufnahme um 30 % geschwankt, bei den Allgemein-Patienten aber nur rund 5,2 % erreicht hat.

Es zeigte sich ferner, daß die schon erwähnten Gründe für oder gegen eine Begleitung der Mutter sich besonders bei den Allgemein-Patienten auswirken.

Die Erkenntnis, daß bei Allgem.-Pat. andere Gründe die Mitaufnahme beeinflussen als bei Privat-Müttern, wurde vertieft durch die Untersuchung der elterlichen Berufe.

Es stellte sich heraus, daß die Möglichkeit der Mitaufnahme vor allem ein soziales Problem ist. Die Berufstätigkeit der Mutter erweist sich als Hindernis an einer Begleitung. Während bei den Gesamtaufnahmen 40 % der Mütter berufstätig sind, sind es im MKK nur 20 %.

Finanzielle Beihilfen für die Mutter-Mitaufnahme könnten hier den sozial schwach gestellten Erleichterung bringen; auf der anderen Seite könnte die Mitaufnahme bei älteren Kindern eingeschränkt werden, wo sie als Ausdruck von "overprotection" von finanziell Kräftigeren gelegentlich unnötig in Anspruch genommen wird.

Die bei Beginn der Mutter-Mitaufnahme 1966 noch skeptische Haltung des Klinikpersonals gegenüber der "Mutter im Krankenhaus" weicht langsam einer positiveren Einstellung. Das zeigte der Vergleich zweier Umfragen beim Klinikpersonal im August 1973 und im Februar 1976. Der noch im Februar 76 von 7 Schwestern vertretene Wunsch, die Aufnahme einzuschränken, zeigt, daß noch Bedenken vorliegen, die Mutter in den Tagesablauf einer Klinik für Kinder einzugliedern.

Herrn Professor Dr. H D. Pache danke ich für die Zuteilung des Themas und seine große persönliche Hilfe bei der Gestaltung der Arbeit.

Literatur - Verzeichnis

Biermann G. Die psychologische Entwicklung des Kindes in unserer Zeit
Reinhardt, München-Basel 1972

Bowlby I. Die Trennungsangst , Psyche 15 411 (1961)

Müller H. Ergebnisse der Mitaufnahme von Müttern kranker Kinder in das KKH Mü.-Harlaching
Dissertation 1971, München

Pache H.D. 1. Die Erhaltung des Eltern-Kind-Kontaktes beim hospitalisierten Kind aus
"Mutter und Kind im Krankenhaus"
Reinhardt ,München-Basel 1974 S.31

2. Erprobung der Mitaufnahme von Müttern im Kinderkrankenhaus
Mschr. Kinderheilkunde 122,546 (1974)

3. Zur Mitaufnahme von Müttern an Kinderkrankenhäusern
aus: der kinderarzt 6,273 ;(1975)

4. Der Eltern-Pflege Pavillon
aus: der kinderarzt 7,27 (1976)

5. Zum Problem des Eltern-und Kind-Kontakts im Krankenhaus (Schriftenreihe der Nestle-Diät)

Rodeck H. Kind-Eltern-Krankenhaus
aus: Arzt und Krankenhaus 10,11 (1976)

Spitz R. vom Säugling zum Kleinkind
Klett,Stuttgart 1967

verschiedene Verfasser:
Berichte des Aktionskomitee:
" Kind im Krankenhaus" e.V.
a) Einführung täglicher Besuchszeit
b) ständige Anwesenheit der Mutter beim erkrankten Kind zweckdienlich?

LEBENSLAUF

Am 4.5.1950 wurde ich als viertes von sechs Kindern des Dipl.Ing. Nikolaus Gröber und der Ärztin Lieselotte Gröber in München geboren.
Von 1961 bis 1969 besuchte ich das Neusprachl.Gym. am Anger der Armen Schulschwestern in München.
Mit dem Wintersemester 1972 nahm ich das Medizinstudium an der Universität München auf.Hier legte ich nach dem 4. Semester das Physikum,nach dem 6.Sem.den ersten und nach dem 10.Sem. den zweiten Teil der Ärztlichen Prüfung ab. Ich beschloß das Studium mit dem 3. Teil der Ärztlichen Prüfung nach dem 12.Sem. im Okt/Nov.1978. Die Approbation erhielt ich am 6.12.78